

6 LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL: UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y CRÍTICA

| Yasmina Manzano Bor¹; Ramón Mir Abellán²; Anna Falcó-Pegueroles³ |

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz constituye una importante situación de emergencia. Su abordaje va dirigido a la contención de esta conducta mediante la intervención verbal, contención farmacológica, aislamiento y contención mecánica. Esta última consiste en restringir el movimiento de la persona mediante correas comercializadas para ello que tienen por objetivo evitar el daño a el/ella mismo/a y a terceros. A pesar de que la contención mecánica requiere indicación médica, en muchas ocasiones son los profesionales de enfermería quienes deben decidir si inician o no el proceso.

OBJETIVOS: Describir el concepto de contención mecánica en el contexto de la salud mental; analizar críticamente su aplicación y exponer el impacto en el profesional de enfermería.

METODOLOGÍA: Se realizó un análisis de concepto mediante la revisión de literatura sobre el tema.

RESULTADOS: La utilidad por sí sola de la contención mecánica no ha sido demostrable, así pues es una técnica que se utiliza en última instancia, lo que puede generar sentimientos de frustración y culpa en el profesional. La decisión de contener o no a un paciente, a pesar de tomarse por seguridad del mismo y terceros, no está exenta de generar conflictos en el profesional, ya que puede perjudicar la relación terapéutica establecida hasta el momento.

CONCLUSIONES: Existen diversas intervenciones encaminadas a la disminución del uso de la contención mecánica, pero sin duda será primordial la formación de los profesionales sobre el manejo y la desescalada de conflictos para dotarlos de herramientas para manejar estas situaciones tan tensas de manera eficaz.

DESCRIPTORES: Contención mecánica; Enfermería psiquiátrica; Actitud del personal de salud; Práctica profesional

RESUMO

“A restrição física nos cuidados do paciente com transtornos do foro psicológico: Uma abordagem conceptual e crítica”

INTRODUÇÃO: A agitação psicomotora constitui uma situação de emergência relevante. A abordagem da mesma vai no sentido da redução deste comportamento através da mediação, contenção farmacológica, isolamento e restrição física. Esta consiste em restringir o movimento da pessoa através de cintos comercializados para tal efeito, e tem como objetivo evitar que a pessoa cause danos a si própria e/ou a terceiros. Não obstante o facto de a restrição física estar sujeita a indicação médica, acontece frequentemente serem os profissionais de enfermagem aqueles a quem cabe decidir se dão ou não início ao processo.

OBJETIVOS: Descrever o conceito de restrição física no contexto da saúde mental; levar a cabo uma análise da sua aplicação de um ponto de vista crítico, explicar o impacto no profissional de enfermagem.

MÉTODOS: Levou-se a cabo uma análise de conceito, através da revisão de bibliografia especializada sobre o tema.

RESULTADOS: A utilidade da restrição física, por si só, não ficou demonstrada. É uma medida que se utiliza em última instância, o que pode dar lugar a sentimentos de frustração e culpa no profissional que a aplica. A decisão de se restringir ou não um paciente não é livre de provocar conflitos no profissional, uma vez que tal medida pode prejudicar a relação terapêutica que havia sido estabelecida.

CONCLUSÕES: Existem várias medidas no sentido da diminuição do uso da restrição física. Deve ser dada primazia à formação dos profissionais que aplicam as medidas, de forma a provê-los de ferramentas para lidar com estas situações de forma eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Restrição física; Enfermagem psiquiátrica; Atitude do pessoal de saúde; Prática profissional

ABSTRACT

“The mechanical restraint in the care of the patient with mental disorder: A conceptual and critical approach”

BACKGROUND: Psychomotor agitation is practically the only emergency in psychiatry. Its psychotherapeutic approach is directed towards the containment of this behaviour through verbal de-escalation, pharmacological containment, isolation and mechanical restraint. This last one consists in restricting the person's movements through marketed straps for this application which objective is to avoid any harm towards himself/herself or towards third parties. Although mechanical restraint requires medical indication, nursing professionals are in many cases the ones who must decide whether they start or not this process.

AIM: To describe the concept of mechanical restraint in its context of mental health, to critically analyse its application and to reveal its impact on the nursing professional.

METHODS: A concept analysis was carried out through a review of literature on the subject.

RESULTS: The utility of a mechanical restraint alone has not been proven as it is a technique that is ultimately used, and it can result in feelings of frustration and guilt in the professional. The decision to contain or not a patient, despite of being taken for the safety of that patient and third parties, is not exempt from generating conflicts in the professional since it can harm the therapeutic relationship established so far.

CONCLUSIONS: There exist several interventions aimed at reducing the use of mechanical restraints, but training professionals on handling conflicts and its de-escalation will undoubtedly be key to provide them with the tools to handle these tense situations effectively.

KEYWORDS: Restraint, physical; Psychiatric nursing; Attitude of health personnel; Professional practice

Submetido em 31-03-2019

Aceite em 13-07-2019

1 Enfermera especialista en enfermería de Salud Mental; Enfermera asistencial en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Centro de Salud Mental de Cerdanyola, Ctra. Barcelona, N-150 s/n cruïlla c/Tarragona, 08291 Ripollet, España, y.manzano@psjd.org

2 Enfermero; Doctor en Enfermería y Salud; Gestor del Conocimiento de Enfermería (Formación y Docencia) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. 08291 Ripollet, España.

3 Enfermera; Máster en Bioética y Derecho; Doctora en Ciencias Enfermeras; Profesora de la Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, 08036 Barcelona, España, annafalco@ub.edu

Citação: Manzano Bor, Y., Mir Abellán, R., & Falcó-Pegueroles, A. (2019). La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (22), 41-48.

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es considerada una importante situación de urgencia en las unidades donde se presta servicio a las personas con sufrimiento mental (Megias et al., 2016). A pesar de que en el presente documento nos centraremos en la agitación psicomotriz en las unidades de Salud Mental, es importante remarcar que este síndrome puede estar presente en diferentes enfermedades puesto que las causas del mismo pueden ser de índole orgánica, psicológica o tóxica (Stucchi et al., 2014). La agitación psicomotriz no tiene una definición universal pero tras la consulta de bibliografía (Chinchilla, Vega, Quintrero y Correas, 2011; Megias et al., 2016; Stucchi et al., 2014; Vieta et al., 2017) podemos concluir en que es un estado de hiperactividad motora y psicológica en el cual hay un aumento incontrolable de la movilidad y/o sensación de inquietud interna con una importante activación emocional. El tratamiento (Stucchi et al., 2014) de la persona que sufre este síndrome tiene como objetivos disminuir la ansiedad y aminorar el riesgo de daño a sí mismo y a otros. Es esencial para iniciar un correcto abordaje (Vieta et al., 2017) el detectar los pródromos del mismo para intervenir de la manera más precoz posible y reducir el riesgo de escalada de agitación con agresividad y violencia. Estos síntomas según afirman los diversos autores revisados (Chinchilla, 2011; Megias et al., 2016; Vieta et al., 2017) pueden ser, entre otros, la hiperactividad motora, logorrea (con coprolalia generalmente), el incremento del tono de voz y la actitud suspicaz. Una vez se detectan en una persona a la que se le presta servicio en una unidad de Salud Mental, existe consenso en la bibliografía consultada (Chinchilla, 2011; Megias et al., 2016; Stucchi et al., 2014; Vieta et al., 2017) sobre las intervenciones a realizar y el orden de las mismas. Se inicia el proceso con una intervención verbal con el objetivo del establecimiento del autocontrol a través de la externalización de pensamientos y emociones y la implementación de límites de conducta claros. Esta intervención debe estar centralizada en una persona, generalmente y dada la proximidad de la profesión enfermera para con la persona a la que le presta sus servicios, esta labor la desempeña generalmente enfermería (Megias et al., 2016). En este contexto de no ser suficiente la intervención verbal y con el objetivo de disminuir la ansiedad de la persona sin sedarla se realiza una intervención farmacológica. La vía de administración del fármaco depende de la colaboración de la persona, con la priorización de la vía oral por sobre la intramuscular.

Si la agitación psicomotriz es de etiología psiquiátrica (Stucchi et al., 2014), los antipsicóticos son los fármacos de primera elección para disminuir la ansiedad de manera segura, por ser más selectivos en sus lugares de acción y producir menos efectos de potenciación con depresores inespecíficos del sistema nervioso central como el alcohol, los barbitúricos o las benzodiazepinas. Si estas intervenciones no son efectivas puede ser necesario aplicar una modificación del contexto o contención ambiental, el objetivo de la cual es procurar un ambiente tranquilo donde existe una reducción o eliminación del número de estímulos provocadores de respuestas agresivas. Finalmente, como última opción tras la no consecución de la gestión de la agitación psicomotriz de la persona mediante toda intervención descrita anteriormente, se aplica la contención mecánica. Este procedimiento consiste en restringir el movimiento del o la paciente mediante correas comercializadas y homologadas para ello. Esta medida está indicada en personas con un importante riesgo de auto o heteroagresividad. Esta definición implica que no debe usarse como castigo ni por comodidad o conveniencia del personal o de otros pacientes (Chinchilla, 2011; Megias et al., 2016; Stucchi et al., 2014).

En el contexto clínico la contención mecánica requiere de prescripción médica, al igual que otros procedimientos. Sin embargo, como ya se ha expuesto anteriormente, dada la cercanía del personal de enfermería con las personas atendidas en las unidades de Salud Mental, es frecuente que el profesional deba realizar y liderar la atención a una persona en agitación psicomotriz y que sea quien también inicie la contención mecánica o el aislamiento involuntario. Se debe avisar al facultativo para que sea este quien pauté la medida cuanto antes (Megias et al., 2016; Sastre y Campaña, 2014).

El uso de esta técnica tiene diversos efectos adversos en la persona a la cual se le aplica (Chinchilla, 2011; Megias et al., 2016; Stucchi et al., 2014).

Por una parte puede provocar daños físicos, puesto que se trata de una intervención invasiva, ejemplo de ello serían: cianosis distal, edemas, hematomas, dolores musculares y articulares, estreñimiento, esguinces, luxaciones, tromboembolismos, isquemia periférica, síndrome compartimental, broncoaspiración. Por otra parte Sastre y Campaña (2014) exponen que aquellas personas que han sido contenidas mecánicamente expresan la angustia y sufrimiento que esto les provocó y el miedo a regresar al servicio y se le vuelva a aplicar esta medida.

Pero los efectos adversos no se circunscriben únicamente al paciente según presentan estos mismos autores en su artículo, sino que también afectan al personal que aplica la técnica que por una parte puede sufrir de traumatismos durante la aplicación o secuelas de la esfera emocional que describiremos a continuación.

METODOLOGÍA

A los autores se nos plantean diversas preguntas respecto la técnica y los efectos de la contención mecánica: ¿cómo afecta al profesional de enfermería que realiza la técnica en las unidades de adultos de salud mental?, ¿qué efectividad tiene esta por sí sola?, ¿qué prevalencia tiene el uso de esta técnica en España y en Europa?, ¿qué intervenciones e iniciativas se han publicado con el fin de reducir el uso de la contención mecánica?. Para intentar responder a estas preguntas se realizó la siguiente estrategia de búsqueda:

En primer lugar, con el propósito de describir las percepciones del profesional de enfermería cuando realiza una contención mecánica se utilizó la base de datos PubMed. Los MeSH y booleanos utilizados fueron: (NURSE) AND (ATTITUDES OR EMOTIONS OR PERCEPTION OR FEEL*) AND (PSYCHIAT* OR MENTAL) AND (RESTRAINT* OR COERCION*). Los criterios de inclusión de los artículos resultantes de la búsqueda fueron que se adecuara al objetivo descrito y que no tuvieran más de 5 años de antigüedad. Se priorizó aquellos artículos cuyos estudios habían sido realizados en el contexto Europeo.

Respecto la búsqueda relacionada con el porcentaje aproximado de pacientes que son contenidos al año, se llevó a cabo en PubMed y con el constructo siguiente: COERCION* AND PSYCHIATRY AND EUROPE. Dado el elevado número de artículos se decidió que el criterio de inclusión fuera artículos de menos de 5 años de antigüedad, al no reducirse demasiado el volumen de resultados se decidió precisar la búsqueda a COERCION* AND PSYCHIATRY AND EUROPE AND ADULT, siendo ésta infructuosa, ya que ningún artículo se adecuaba al objetivo de estudio. Tras ampliar el rango de fecha de antigüedad de los artículos a 10 años de antigüedad, se encontró un artículo con los resultados del proyecto EUNOMIA, cuyo objetivo era conocer el uso de los métodos de contención en 11 países europeos incluida España.

Para conocer evidencia científica respecto el objetivo de la efectividad de la técnica por sí sola, se realizó una búsqueda en la base de datos de Cochrane, puesto que

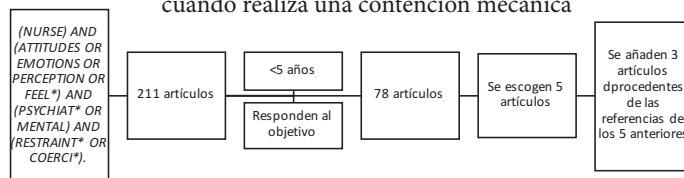
en ésta encontramos elaboradas revisiones sistemáticas de diversas intervenciones y entre ellas, de los métodos de contención mecánica. Se buscó en la base de datos la palabra restraints y se escogieron los artículos por responder al objetivo presentado en este apartado.

Por último, para justificar el objetivo de la descripción de intervenciones para la reducción de las contenciones mecánicas se realizó una búsqueda en PubMed con los MeSH y booleanos: ((SECLUSION OR RESTRAINT) AND PSYCHIATRY) AND REDUCT*.

RESULTADOS

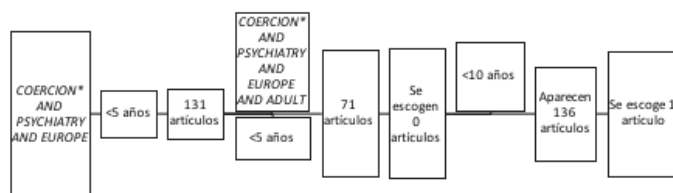
En el primero de los objetivos enumerados anteriormente se obtuvieron como resultado un total de 211 artículos. Tras aplicar como criterios de inclusión de los artículos, que no superaran los 5 años de antigüedad y que además respondieran al objeto de estudio, el resultado de la búsqueda se redujo a 78, de los que se seleccionan 5 por su precisión en la descripción del fenómeno. Se consultan y añaden 3 artículos más de las referencias bibliográficas de los mismos completando la revisión con un total de 8 artículos como se puede apreciar en la Figura 1 de manera esquemática.

Figura 1 - Búsqueda cuyo objetivo es describir las percepciones del profesional de enfermería cuando realiza una contención mecánica



En la búsqueda de artículos del segundo objetivo descrito (Figura 2) se obtuvieron primeramente 131 artículos. Al añadir MeSH para precisar más la búsqueda estos se redujeron a 71 artículos pero ninguno cumplía criterios. Al ampliar a menos de 10 años de antigüedad el criterio de inclusión se encontró el artículo escogido de entre los 136 que aparecieron.

Figura 2 - Búsqueda bibliográfica para hallar el porcentaje aproximado de pacientes que son contenidos al año.



En la búsqueda en la base de datos de Cochrane (Figura 3) se escogieron 2 de los 14 artículos por cumplir con el objetivo de la búsqueda, sin criterio de antigüedad.

Figura 3 - Búsqueda bibliográfica con el objetivo de presentar la evidencia científica respecto a la efectividad de la técnica.



Finalmente en la última búsqueda se obtuvieron 212 artículos como se puede observar en la Figura 4, de los cuales se escogieron los 2 que mediante su resumen parecieron responder de manera más oportuna al objetivo descrito.

Figura 4 - Búsqueda bibliográfica para describir qué intervenciones existen para la del uso de las contenciones mecánicas



DISCUSIÓN

Vivencia del Profesional de Enfermería respecto a la Contención Mecánica

La técnica de la contención mecánica, como se ha expuesto anteriormente se aplica al paciente en agitación psicomotriz cuando toda intervención anterior ha resultado infructífera y existe un riesgo de auto o hetero-agresividad elevado. Esta decisión eleva el principio de beneficencia puesto que el objetivo es proteger a la persona por encima del de autonomía, ya que se le limitan los movimientos (Sastre y Campaña, 2014). Esto afecta de varias maneras al profesional de enfermería, el cual suele ser el que inicia la técnica y cuya experiencia se expondrá en el este apartado. Por una parte, al tratarse de una situación donde existe un riesgo explícito de agresividad del paciente hacia sí mismo y a otros pacientes o profesionales, puede generar en el profesional enfermero sensaciones como el miedo, la vulnerabilidad y la ansiedad (Cocho, Nocete, López, Carballeira y Fernández, 2018; Staniulienė et al. 2013). Este miedo según las enfermeras entrevistadas en el artículo de Staniulienė et al. (2013) se debe a que las decisiones que el profesional toma en ese momento pueden por un lado, influir en la seguridad de los pacientes, compañeros o del propio profesional. En el mismo artículo se expone que también existe miedo por un lado a perjudicar la relación terapéutica con la persona a la cual se le va a aplicar la técnica, y por el otro a perder el control y la profesionalidad, extralimitándose en el momento de mayor tensión. Además del miedo a perder la profesionalidad Cocho et al. (2018) y Korkeila, Koivisto, Paavilainen y Kylmä, (2016) describen la sensación de “deber” que tienen los profesionales de enfermería al sentirse responsables de que nadie salga herido.

Esta sensación de miedo y de deber profesional hace que la seguridad del equipo y del resto de pacientes, además del control de la unidad sean los factores decisivos para aplicar la técnica de la contención mecánica (Riahi Thomson & Duxbury, 2016).

Por otra parte, la disonancia cognitiva es un término clave cuando hablamos de la experiencia del profesional de enfermería durante la contención mecánica. Este concepto fue definido por Festinger en 1956 como la desarmonía interna o la incongruencia entre ideas, creencias o emociones y conducta. El profesional de enfermería (Cocho et al., 2018; Dahan, et al., 2017; Staniulienė et al., 2013) se dedica al cuidado holístico de la persona, haciéndola partícipe de sus propios cuidados y fomentando la autonomía, el hecho de aplicar la técnica de la contención mecánica a la persona que está cuidando puede entrar en conflicto con los códigos éticos de los propios profesionales de enfermería. Según la bibliografía consultada (Cocho et al., 2018; Dahan, et al., 2017; Riahi et al., 2016; Staniulienė et al., 2013) existen diversos mecanismos para el alivio de la disonancia cognitiva que genera en el profesional de enfermería el utilizar medidas coercitivas. El malestar puede ser suprimido como un mecanismo de defensa (Cocho et al., 2018; Staniulienė et al., 2013). Este mecanismo defensivo, si se mantiene, puede perjudicar la relación terapéutica.

Una vez esta relación terapéutica está rota y existe represión y distanciamiento emocional por parte del profesional de enfermería hay más probabilidades de que se aplique de nuevo una contención mecánica. Otro mecanismo puede ser que el profesional de enfermería finalmente considere la contención mecánica como un mal menor que se debe asumir (Dahan, et al., 2017; Riahi et al., 2016) o como una intervención que debe ser evitada tal como describe Staniulienė et al. (2013): “Siempre hay que tratar de abrazar al paciente... Restringir a un paciente no es un acto ético y deontológico”.

El aplicar esta técnica tras haber intentado usar todas las alternativas previas a la contención mecánica es vivido por los profesionales de enfermería como un fracaso lo que puede generar sentimientos de frustración y culpa (Dahan, et al., 2017; Riahi et al., 2016; Mahmoud 2017). El artículo de Keser, Bilgin, Akın & Elçin, 2015; Korkeila et al. (2016) concluye que los profesionales de enfermería muestran una mejor actitud y se sienten más cómodos utilizando métodos no invasivos de intervención ante un o una paciente en situación de agitación.

Hay diferentes factores que aunque no son determinantes, pueden influir en la actitud que tiene el profesional de enfermería sobre el uso de métodos como la contención mecánica.

Entre estos factores se encuentra el género, ya que según Kodak, Norgaard & Roj (2018) y Korkeila et al. (2016) los profesionales de enfermería de género femenino no tienden a involucrarse tanto en la ejecución de estos métodos en comparación con el género masculino. Esto puede ser, según los artículos referenciados, debido a que la presencia de profesionales del género masculino es una estrategia utilizada para intentar evitar o minimizar el uso de la contención mecánica o el aislamiento, a su vez, la actitud hacia estas medidas se verá influenciada por las veces que se realizan, al estar más veces involucrados la actitud se vuelve a priori más positiva, puesto que se convierte en más habitual. Según Korkeila et al. (2016), la experiencia clínica también se debe contemplar puesto que los profesionales más experimentados no recurren de manera tan habitual y tienen una actitud más negativa hacia los métodos más restrictivos. Así pues el personal con menos experiencia o con contrato temporal tiene una actitud más positiva hacia la contención mecánica debido a que por su inexperiencia tendrían menos medios para manejar situaciones asistenciales complejas y menos habilidades de juicio clínico (Cocho et al., 2018). Sin embargo, Mahmoud (2017) resalta el hecho de que el intentar cambiar la práctica clínica de la contención mecánica es más complicado en profesionales de enfermería con mayor experiencia que en profesionales más jóvenes e inexpertos, los cuales mantienen una perspectiva más abierta al cambio. En relación a la vivencia del profesional de enfermería frente a la contención mecánica y los factores que la influyen, es necesario incidir en el hecho de que el cuidado o abordaje a una persona en situación de agitación psicomotriz no se debe realizar en solitario (Chinchilla, 2011; Megias et al., 2016; Stucchi et al., 2014; Vieta et al., 2017). Las experiencias y la forma de obrar de cada uno está influenciada por la de sus propios compañeros y a la inversa, de este modo se crea la Ward culture (Keser et al., 2015; Korkeila et al., 2016) o cómo se podría traducir: la cultura de sala. Así pues una persona con menos experiencia, al incorporarse en el equipo emula las actitudes de compañeros más veteranos para poder acomodar sus propios valores y emociones (Cocho et al., 2018). La cultura de sala influye en la homogenización de las intervenciones ya sean en favor o en contra del uso de medidas coercitivas.

Esta cultura común ayuda a disminuir la disonancia cognitiva de los miembros del equipo (Cocho et al., 2018; Keser et al., 2015; Korkeila et al., 2016). Otro fenómeno que aparece en los equipos de enfermería que prestan servicios a personas con sufrimiento mental es el soporte emocional y el debriefing tras el uso de una medida coercitiva (Cocho et al., 2018; Sastre y Campaña, 2014).

Un Procedimiento Controvertido Con Poca Evidencia

Actualmente no constan datos concretos y actualizados sobre el número de contenciones que se realizan en Europa. Al afirmar esto, Sastre y Campaña (2014) exponen que estos datos pueden variar en función de la población del estudio (hospitalizados en una planta de hospital general, personas ancianas, personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental...), del país (no hay una legislación unificada en la Unión Europea) o incluso de la definición de contención de la que parte cada autor, debido a que no existe un consenso global a la hora de definir qué intervenciones se consideran o no contención mecánica. En el año 2005 se puso en marcha el proyecto europeo EUNOMIA (Evaluación Europea de la Coerción en Psiquiatría y Armonización de la Mejora de la Práctica Clínica) que tenía por objetivo explorar el porcentaje de pacientes que precisaban medidas coercitivas y analizar las variaciones nacionales en el tratamiento psiquiátrico coercitivo dentro de la región europea, junto con los factores y resultados de influencia. Los once países europeos que participaron fueron: Alemania, Bulgaria, República Checa, Grecia, Italia, Lituania, Polonia, República Eslovaca, Suecia, Reino Unido y España. Los resultados se publicarían 5 años después (Raboch et al., 2010), los cuales indicaban que un 38% de los y las pacientes de este estudio habían precisado de medidas coercitivas (que en este artículo se trataban de medidas farmacológicas, ambientales o mecánicas). En España resultó que el 21% de los pacientes en aquel momento ingresados en las salas de psiquiatría recibieron algún tipo de medida coercitiva y que la restricción mecánica era la segunda medida más utilizada después del tratamiento farmacológico.

El uso de la contención mecánica en el contexto del cuidado del o la paciente con trastorno mental en fase de agitación motriz está justificado cuando existe riesgo para el o la paciente o terceros.

Sin embargo su función terapéutica por sí sola es aún discutible.

En la revisión sistemática de Muralidharan y Fenton (2006) se reveló que los enfoques no farmacológicos (desescalada verbal, contrato conductual, aislamiento, contención física y contención mecánica) para controlar la conducta violenta de personas con trastorno mental severo no disponían de evidencia para afirmar que eran efectivos por sí solos. Unos años más tarde Salias y Fenton (2012) publican otra revisión sobre la contención y el aislamiento con conclusiones similares, resaltando que se trata de una técnica que puede producir graves efectos adversos y carece de evidencia que respalde su valor terapéutico aplicada individualmente.

Alternativas a la Contención Mecánica

La repercusión negativa en el paciente y en el profesional, y la falta de estudios sobre la eficacia de la contención mecánica como intervención individual para resolver la agitación psicomotriz son dos de los motivos que nos instan a explorar la posibilidad de reducir la prevalencia de su uso. Scanlan (2010) planteó por primera vez siete intervenciones estructuradas para reducir la necesidad de contención y aislamiento. Estas intervenciones serían las siguientes: La primera intervención se define como política o de liderazgo, puesto que los altos cargos han de apostar por políticas de reducción de intervenciones coercitivas. La segunda tendría que ver con la revisión externa, es decir que comités externos al hospital revisen los episodios que han precipitado una contención para poder prevenir futuros episodios. Recolección de datos es la tercera intervención, se destaca su importancia al ser parte de la evaluación de la eficacia de las demás intervenciones. La recolección y exposición de los datos puede también promocionar la “competencia sana” entre las unidades o poner de manifiesto lo involucrada que esta una institución con la disminución del uso de las medidas coercitivas. La cuarta es el entrenamiento tanto en habilidades de desescalada de conflictos como en sensibilización. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente la revisión sistemática de Muralidharan y Fenton (2006) concluyen que a pesar de que la intervención verbal, junto a otras intervenciones no farmacológicas, está ampliamente aceptada como una intervención efectiva y consta en los protocolos de abordaje de la agitación psicomotriz, no consta de evidencia que sustente esta utilidad por sí sola. Du et al. (2017) al tratar de realizar una revisión sistemática del uso de esta técnica puso de manifiesto la inexistencia de ensayos controlados aleatorios que evalúen la eficacia.

Involucración del o la paciente y la familia es la intervención número cinco, el autor propone la participación activa tanto de paciente y familia en el planteamiento del tratamiento como en la revisión de los casos que han requerido el uso de medidas coercitivas. La sexta sería aumentar el número de personal, puesto que el aumento de las interacciones personal-paciente está relacionado con el menor uso de medidas coercitivas. Y por último cambios estructurales de las unidades que reduzcan el estrés ambiental y promuevan relaciones más cercanas entre pacientes y personal.

Una de las reflexiones que se plantean, en relación a establecer un nuevo protocolo encaminado a reducir contenciones mecánicas, es si este se sigue utilizando por parte los profesionales.

El artículo de Madan et al. (2014) sugiere que una vez que el cambio en la cultura de sala ocurre, el uso apropiado de la contención puede convertirse en la nueva norma. Entre los resultados de este estudio se destaca la importancia del entorno físico directamente relacionado con el o la paciente. Los entornos físicos cerrados, poco espaciosos que obligan a los y las pacientes a compartir espacio y tiempo en salas comunes son determinantes en el número de conflictos que pueden desencadenar la necesidad de usar una contención mecánica o aislamiento.

CONCLUSIONES

Actualmente la contención mecánica forma parte de los protocolos de abordaje al paciente agitado y es ampliamente utilizada en las plantas de psiquiatría en la mayoría de países europeos. Sin embargo es una medida cuya eficacia por sí sola consta con poco nivel de evidencia científica, por lo que debe aplicarse con mucha cautela y siempre considerando sus indicaciones y repercusiones.

Las repercusiones negativas afectan no sólo a quién se le aplica la técnica que puede sufrir eventos adversos con consecuencias graves, sino que también a los propios profesionales de enfermería.

La aplicación de esta técnica genera en el profesional sentimientos de frustración o culpa por haber tenido que utilizar una medida que es el último recurso cuando las demás fallan, asumiendo el riesgo de poder perjudicar la relación terapéutica con la persona a la que se le aplica la técnica. El deterioro de la relación y el distanciamiento emocional del profesional hacia la persona puede generar a su vez, mayor probabilidad de volver a aplicarse esta medida.

Existen actualmente propuestas de intervenciones que tienen como objetivo reducir o suprimir su uso en un futuro, desde cambios estructurales en las unidades, como el involucrar a paciente y familia en las políticas de reducción de las medidas coercitivas, pero será sin duda primordial la formación para poder dotar de herramientas a los profesionales para manejar estas situaciones de la forma más respetuosa y eficaz.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Conocer las actitudes y la repercusión emocional en el personal de enfermería del uso de medidas coercitivas, puede orientarnos sobre el bienestar de los profesionales y la calidad de los cuidados que propician a los pacientes de las unidades de Salud Mental. Así pues es importante exponer estas vivencias para la mejora de la práctica clínica y como un motivo más para la promoción de la eliminación o reducción de estas medidas.

BIBLIOGRAFÍA

Chinchilla, A; Vega, M; Quintrero, JF; Correas J (2011). El paciente agitado o violento. En Breviario de urgencias psiquiátricas (págs. 39-45). Barcelona: Elsevier.

Cocho, C; Nocete, L; López, I; Carballeira, L y Fernández, A (2018). Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. Asociación española de neurropsiquiatría, 38(134), 419-449.

Dahan, S; Levi, G; Behrbalk, P; Bronstein, I; Hirschmann, S & Lev-Ran, S. (2017). The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 191-199. doi: 10.1007/s11126-017-9524-9

Du, M; Wang X; YiN, S; Shu, W; Hao, R; Zhao, S; Rao, H; Yeung, W; Jayaram, M; Xia, J. (2017). De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(4), CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2

Keser, N; Bilgin, H; Akın, M & Elçin, N (2015). Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (19-20), 2881-2889. Doi: 10.1111/jocn.12903.

Kodal, J; Norgaard J & Roj, E (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 103-108. Doi: 10.1080/08039488.2017.1393560

Korkeila, H; Koivisto, A; Paavilainen, E & Kylmä, J (2016). Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 3(37), 464-475. Doi:10.3109/01612840.2016.1163626

Madan, A; Borckardt, J; Grubaugh, A; Kmett C; McLeod, S; Cooney, H; Herbert, J; Hardesty, S; Frueh, C. (2014). Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in a State Psychiatric Hospital: A Ten-Year Perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273-1276. Doi: 10.1176/appi.ps.201300383

Mahmoud, A. (2017). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1):2-7. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.013

Megias, F, Vila, C., Carretero, J., Rodriguez, M., Salas, J., Sanchez, J., & Silva, C. (2016). Abordaje y cuidados al paciente agitado. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(1), 2-22. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Documento-de-consenso-de-ANESMySEEUEpara-el-abordaje-y-cuidados-del-paciente-agitado-7.pdf>

Muralidharan, S. & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Doi: 10.1002/14651858.CD002084.pub2

Raboch, J; Kalisová, L; Nawka, A; Kitzlerová, E; Onchev, G; Karastergiou, A; Magliano, L; Dembinskas, A; Kiejna, A; Torres, F; Kjellin, L; Priebe, S; Kallert, T. (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012-1017. doi: 10.1176/ps.2010.61.10.1012

Riahi, S; Thomson, G; Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 116-118. Doi: 10.1111/jpm.12285

Salas, E; Fenton, M. (2012). Seclusion and restraint for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000(2), CD001163. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796606>

Sastre, M; Campaña, F. (2014). Contención mecánica: definición conceptual. *Ene*, 8(1). Doi: 10.4321/S1988-348X2014000100007

Scanlan J. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(56), 412-423. Doi: 10.1177/0020764009106630

Staniulienė, V; Chambers, M; Kantaris, X; Kontio, R; Kuosmanen, L; Scott, A; Rebelo B, Maria A; Zanolli, R; Välimäki, M. (2013). The feelings and thoughts of mental health nurses concerning the management of distressed and disturbed in-patients: A comparative qualitative European study. *Open Journal of Nursing*, 3, 426-436. Disponível em: <https://m.scirp.org/papers/37777>

Stucchi, S.; Cruzado, L.; Fernández, R.; Bernuy, M.; Vargas, H.; Alvarado, F.; Rondón, J.; Núñez, P. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Neuropsiquiatría*, 77(1), 19-30. Doi: 10.20453/rnp.v77i1.1160

Vieta, E.; Gariga, M.; Cardete, L.; Bernardo, M.; Lombrana, M.; Blanch, J.; Catalan, R.; Vázquez, M.; Soler, V.; Ortuño, N.; Martínez, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(328), 2-11. Doi: 10.1186/s12888-017-1490-0

Financiamento

Este artículo forma parte de un proyecto de investigación becado en la Convocatoria por la Fundación Sant Joan de Déu.

